STAATSCOURANT

Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.

Nr. 3547

9 februari 2015

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 15 januari 2015, kenmerk 700539-130993-Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2015 (Regeling risicoverevening 2015)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen i, j, k en aa, 3.1, derde lid, 3.2, eerste en tweede lid, 3.4, derde lid, 3.5, tweede lid, 3.6, derde lid, 3.7, derde lid, 3.8, 3.10, tweede lid, 3.11, zesde lid, 3.13, 3.14, 3.15, eerste en tweede lid, 3.17, tweede en derde lid, 3.19, tweede lid, en 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:
a. *dbc-zorgproduct:* een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de zorgautoriteit vastgestelde beslisbomen;
b. *expertproduct:* een dbc-zorgproduct waarvan minder dan vijf productprofielen aanwezig zijn in de door het beslismodel geselecteerde dataset, zoals door de zorgautoriteit vastgesteld;
c. *overig zorgproduct:* een declarabele prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct;
d. *add-on:* een door de zorgautoriteit beschreven overig zorgproduct op het terrein van de intensive care, dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen, bestaande uit zorgactiviteiten behorende bij een dbc-zorgproduct;
e. *add-on voor oncolytica (inclusief overige oncolytica):* een add-on betrekking hebbende op geneesmiddelen op het terrein van oncolytica (ATC-code L01X, L01A, L01B (exclusief BA01, BB02 en BC02), L01C, L01D, L02BB04, L02BX03, L04AX02, L04AX04 en L04AX06);
f. *landelijke vaste kosten factor:* een factor waarmee het Zorginstituut op basis van historische kosten van ziekenhuisverpleging 2013 de ex ante deelbedragen berekent voor de kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’ in 2014.
g. *GSM:* generieke somatische morbiditeit, vereveningskenmerk van toepassing op het deelbedrag ‘variabele zorgkosten’. Dit vereveningskenmerk onderscheidt verzekerden met morbiditeit (wat tot uitdrukking komt in een positieve FKG of DKG of HKG of MHK) van andere verzekerden, uitgesplitst naar leeftijdscategorie (65- en 65+).
h. *GGZ-MHK:* meerjarige hoge kosten in de GGZ, vereveningskenmerk van toepassing op het deelbedrag ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’. Dit vereveningskenmerk onderscheidt verzekerden die drie achtereenvolgende jaren hoge kosten hebben van verzekerden die drie achtereenvolgende jaren geen kosten hebben en van verzekerden die een of twee van die drie jaren GGZ-kosten hebben.
i. *V&V-regio:* regio verpleging & verzorging, vereveningskenmerk van toepassing op het deelbedrag ‘kosten van verpleging en verzorging’. Via dit regiocriterium worden regionale verschillen in zorgaanbod verpleging en verzorging verdisconteerd.
j. *eerstelijnsverblijf (tijdelijke opname/palliatieve zorg/intensieve kindzorg):* de door zorgautoriteit te omschrijven prestaties betrekking hebbende op verblijf in de eerste lijn;
k. *kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg:* de kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf gedurende een onafgebroken periode van meer dan 365 doch niet meer dan 1095 dagen, voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2015 bedraagt € 41.388,0 miljoen.

2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
   a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ad € 34.271,2 miljoen;

b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 419,6 miljoen;
c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3.546,0 miljoen;
d. het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging ad € 3.151,2 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2015 geraamd op € 16.057,5 miljoen.

2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2015 geraamd op € 3.190,7 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, omvatten voor het jaar 2015, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 22.139,8 miljoen.

HOOFDSTUK 2. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX ANTE) AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 5

1. De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten, bedoeld in artikel 3.4 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2015 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar GSM.

2. De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in artikel 3.6 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2015 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar GGZ-MHK.

3. De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging, bedoeld in artikel 3.7 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2015 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar V&V-regio.

Artikel 6

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.6 en 3.7 van het Besluit zorgverzekering, en de klassen en gewichten die aan de criteria, bedoeld in artikel 5 worden toegekend, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.

2. Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag ‘vaste zorgkosten’ over zorgverzekeraars aan de hand van de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2013, de landelijke vaste kosten factor en de geraamde aantallen verzekerden voor het vereveningsjaar 2015.

Artikel 7

In afwijking van artikel 6, eerste lid, en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, en 1.4, en bijlage 2, tabellen 2.2 en 2.3, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen ‘Geen FKG’, DKG ‘0’, ‘Geen HKG’, ‘Geen FKG psychische aandoeningen’, en DKG-klasse psychische aandoeningen ’0’, waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het Zorginstituut wordt vastgesteld op een percentage van de gewichten van de desbetreffende klassen zoals deze op grond van de genoemde tabellen voor in Nederland wonende verzekerden gelden.

Artikel 8

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.196 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.

2. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.

3. Het Zorginstituut raamt het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in het tweede lid, door het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden van achttien jaar en ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de wet.

Artikel 9

1. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder, te verminderen met het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet, en het resultaat te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.

2. Het Zorginstituut gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van achttien jaar of ouder die zowel onder het vereveningscriterium ‘Geen FKG’, als onder de vereveningscriteria ‘DKG 0’ en ‘Geen MHK’ vallen, uit van verzekerden-aantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 3 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.

3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 356,36 voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is.

HOOFDSTUK 3. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX POST) TEN BEHOEVE VAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 10

1. Een verzekerde die slechts gedurende een deel van het vereveningsjaar bij een zorgverzekeraar verzekerd was, telt voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage voor die zorgverzekeraar mee in een mate die bepaald wordt door het aantal dagen dat hij in dat jaar bij die zorgverzekeraar verzekerd was te delen door het aantal dagen in dat jaar.

2. Indien een verzekerde gedurende een aantal dagen van het vereveningsjaar bij meer dan één zorgverzekeraar verzekerd was, telt hij voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage over die periode mee in een mate die bepaald wordt door het getal 1 te delen door het aantal zorgverzekeraars waarbij hij in die periode verzekerd was.

Artikel 11

1. Nadat het Zorginstituut de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 12 tot en met 15 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het Zorginstituut voor de clusters ‘variabele zorgkosten’, ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’ en ‘verpleging en verzorging’ de relevante deelbedragen.

2. Het Zorginstituut gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van de in het eerste lid genoemde clusters van prestaties, van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium en, voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor de clusters ‘variabele zorgkosten’ en ‘verpleging en verzorging’ van de verhouding tussen de gewichten in de tabellen van bijlage 1, respectievelijk, voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’ van de verhouding tussen de gewichten in de tabellen van bijlage 2.

3. De gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium worden voor de hiernavolgende criteria aan de hand van realisatiecijfers over de volgende jaren berekend:
   a. leeftijd en geslacht: 2015;
   b. FKG’s: 2014;
   c. DKG’s: 2014;
   d. HKG’s: 2014;
   e. aard van het inkomen: 2015;
   f. regio: 2015;
   g. SES: 2015;
   h. meerjarig hoge kosten: 2012, 2013 en 2014 gecorrigeerd voor opbrengstresultaten;
   i. ggz-regio: 2015;
   j. FKG’s psychische aandoeningen: 2014;
   k. DKG’s psychische aandoeningen: 2013 en 2014;

l. éénpersoonsadres: 2015;
m. ggz-mhk: 2012, 2013 en 2014 gecorrigeerd voor opbrengstresultaten;
n. V&V-regio 2015;
o. generieke somatische morbiditeit 2015.

4. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het Zorginstituut de gewichten van de klasse ‘0’ van de vereveningscriteria ‘DKG’s’ en ‘DKG’s psychische aandoeningen’, het gewicht van de klasse ‘Geen HKG’ van het vereveningscriterium ‘HKG’, het gewicht van de klasse ‘Geen MHK’ van het vereveningscriterium ‘MHK’, het gewicht van de klasse ‘GGZ-MHK 3 jaar geen kosten’ van het criterium ‘GGZ-MHK’, het gewicht van de klassen ‘Geen morbiditeit, 65- jaar’ en ‘Geen morbiditeit 65+ jaar’ van het criterium ‘GSM’ zodanig dat de per criterium gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt.

Artikel 12

1. Het Zorginstituut merkt kosten als bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die zodanig zijn gespecificeerd, dat:
   a. uit de specificatie blijkt dat zij ofwel gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b –, ofwel als kosten van verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b – voor 100 procent aan als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’;
   b. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’;
   c. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster ‘kosten van verpleging en verzorging’;
   d. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’;
   e. uit de specificatie niet blijkt dat zij gelden als kosten als bedoeld onder a, b, c of d voor 100 procent aan als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’.

2. Het Zorginstituut merkt kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, voor 90 procent aan als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’ en voor 10 procent aan als kosten van het cluster ‘verpleging en verzorging’.

Artikel 13

1. Met uitzondering van betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico, deelt het Zorginstituut zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden niet toe aan een cluster van prestaties.

2. Het Zorginstituut deelt renteheffingskosten niet toe aan een cluster van prestaties.

Artikel 14

1. Het Zorginstituut merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’.

2. Het Zorginstituut merkt de kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 75 procent aan als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’.

Artikel 15

1. Het Zorginstituut baseert de herberekening per zorgverzekeraar van de kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’ op de vaste kosten in het jaar 2014.

2. Het Zorginstituut merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per

instelling voor medisch-specialistisch zorg vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.

3. Het percentage per instelling, bedoeld in het tweede lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 14, eerste lid.

4. Het Zorginstituut merkt de kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 25 procent aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.

5. Het Zorginstituut merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ conform het onderhandelaarresultaat Geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 en de stichting kwaliteitsgelden patiënten consument, voor 100 procent aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.

6. Het Zorginstituut merkt de kosten voor add-ons voor oncolytica en expertproducten voor 100 procent aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.

7. Het Zorginstituut merkt de kosten voor de langdurige GGZ voor 100 procent aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.

8. Het Zorginstituut merkt de kosten voor eerstelijnsverblijf voor 100 procent aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.

9. Het Zorginstituut calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met achtste lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag ‘vaste zorgkosten’ na toepassing van het eerste lid, anderzijds.

Artikel 16

1. Het bedrag en het percentage, bedoeld in artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 15 en 90 procent.

2. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17, derde lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 5 en 95 procent.

Artikel 17

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 8, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald bij de zorgverzekeraar.

2. De opbrengst van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 9, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van de gerealiseerde aantallen in dat artikel bedoelde verzekerden.

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 18

Het in artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde bedrag per verzekerde bedraagt € 45.

HOOFDSTUK 5. BETALING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN ZORGVERZEKERAAR DOOR HET ZORGINSTITUUT

Artikel 19

De betaling van de bijdrage geschiedt overeenkomstig door het Zorginstituut te stellen beleidsregels, waarin ten minste een betaalschema is opgenomen dat rekening houdt met het betaalschema van de zorgverzekeraars.

HOOFDSTUK 6. WIJZIGING VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2013 EN 2014

Artikel 20

De Regeling risicoverevening 2013 wordt als volgt gewijzigd:

In artikel 1, tweede lid, wordt '€ 550' vervangen door: € 400.

Artikel 21

De Regeling risicoverevening 2014 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel h, wordt 'ATC-codes N02AA59 en N02BE51' vervangen door: ATC-codes G03GA02, G03GA04, G03GA05, GO3GA06, G03GA09 en H01CA01.

2. Onder vervanging van een punt aan het slot van onderdeel n door een puntkomma, wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

o. *overig zorgproduct psychologie:* een overig zorgproduct dat betrekking heeft op eerstelijns psychologische zorg geleverd in een instelling.

B

In artikel 15, negende lid, wordt na 'kosten' ingevoegd: de Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten,

C

In artikel 17, tweede lid, wordt na 'onderzoek' ingevoegd:, met uitzondering van overig zorgproduct psychologie,

HOOFDSTUK 7. SLOTBEPALINGEN

Artikel 22

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2015. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2014, treedt zij in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

2. Deze regeling werkt terug tot en met 30 september 2014 met uitzondering van artikel 20 dat terugwerkt tot en met 30 september 2012 en artikel 21 dat terugwerkt tot en met 30 september 2013.

Artikel 23

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2015.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

BIJLAGE 1, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 6, EERSTE LID EN 11, TWEEDE LID

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot de clusters ‘variabele zorgkosten’ en ‘verpleging en verzorging’’.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 6, eerste lid) en vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 11, tweede lid).

Tabel 1.1: Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro’s per verzekerde)

		Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
Mannen	0 jaar	5.240,34	22,13
	1–4 jaar	1.751,55	55,48
	5–9 jaar	1.601,44	27,93
	10–14 jaar	1.473,82	18,21
	15–17 jaar	1.489,11	15,83
	18–24 jaar	1.306,69	39,09
	25–29 jaar	1.268,36	24,99
	30–34 jaar	1.272,61	22,84
	35–39 jaar	1.374,61	21,73
	40–44 jaar	1.453,73	26,91
	45–49 jaar	1.587,16	36,67
	50–54 jaar	1.740,95	54,72
	55–59 jaar	2.037,64	78,93
	60–64 jaar	2.278,98	119,59
	65–69 jaar	2.966,97	388,36
	70–74 jaar	3.383,53	388,36
	75–79 jaar	3.845,54	428,84
	80–84 jaar	4.001,11	891,24
	85–89 jaar	4.119,32	1.812,51
	90+ jaar	4.348,60	3.463,96
Vrouwen	0 jaar	4.553,41	20,35
	1–4 jaar	1.502,73	39,46
	5–9 jaar	1.453,51	22,39
	10–14 jaar	1.443,89	16,99
	15–17 jaar	1.633,74	11,91
	18–24 jaar	1.641,96	32,61
	25–29 jaar	2.178,66	18,92
	30–34 jaar	2.305,74	21,18
	35–39 jaar	1.954,74	23,76
	40–44 jaar	1.703,16	34,54
	45–49 jaar	1.759,75	46,41
	50–54 jaar	1.881,00	71,41
	55–59 jaar	2.024,54	110,95
	60–64 jaar	2.191,59	155,79
	65–69 jaar	2.722,13	388,36
	70–74 jaar	3.056,17	410,42
	75–79 jaar	3.410,30	724,84
	80–84 jaar	3.677,84	1.518,44
	85–89 jaar	3.940,95	2.693,96
	90+ jaar	3.949,62	4.222,30

Tabel 1.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
FKG's	
Geen FKG	– 176,83
Glaucoom	164,56
Schildklieraandoeningen	– 64,33
Psychose, Alzheimer en verslaving	-35,03
Depressie	26,67
Neuropathische pijn	1.084,00
Hoog cholesterol	– 16,65
Diabetes type II zonder hypertensie	393,89
COPD/Zware astma	1.476,66
Astma	434,66
Diabetes type II met hypertensie	727,40
Epilepsie	695,55
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	685,42
Hartaandoeningen	1.442,89
Reuma: TNF alfaremmers	14.895,86
Reuma: overige middelen	1.350,33
Parkinson	2.094,58
Diabetes type I	1.267,32
Transplantaties	– 173,28
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	2.822,02
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	1.530,94
Kanker	3.600,94
Hormoongevoelige tumoren	– 1.168,25
HIV/AIDS	2.822,48
Nieraandoeningen	7.589,84

Tabel 1.3: Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
DKG's	
0	– 221,20
1	270,83
2	454,37
3	531,29
4	939,94
5	1.540,98
6	1.932,51
7	3.186,39
8	4.145,09
9	3.881,27
10	7.827,01
11	9.335,31
12	8.682,94
13	17.384,32
14	69.421,28
15	48.973,44

Tabel 1.4: Gewichten voor het vereveningscriterium HKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
HKG's	
Geen HKG	– 14,14
Insuline infuuspompen	461,69
Katheters/urine-opvangzakken	1.379,80
Stoma's	1.887,92
Tracheo-stoma's	5.184,25

Tabel 1.5: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
	0–17 jaar	0,00
Arbeidsongeschikten	18–34 jaar	682,56
	35–44 jaar	789,61
	45–54 jaar	699,40
	55–64 jaar	548,08
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	281,10
	35–44 jaar	329,39
	45–54 jaar	370,76
	55–64 jaar	311,85
Studenten	18–34 jaar	– 256,13
Zelfstandigen	18–34 jaar	– 122,93
	35–44 jaar	– 172,89
	45–54 jaar	– 225,62
	55–64 jaar	– 268,10
Referentiegroep	18–34 jaar	9,28
	35–44 jaar	– 50,20
	45–54 jaar	– 64,70
	55–64 jaar	– 97,91
	65+ jaar	0,00

Tabel 1.6: Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Regio	
1	101,61
2	56,37
3	28,72
4	14,38
5	– 3,01
6	– 8,77
7	– 23,51
8	– 35,22
9	– 48,78
10	– 76,86

Tabel 1.7: Gewichten voor het vereveningscriterium regio V&V (in euro's per verzekerde)

	Kosten van verpleging en verzorging
Regio	
1	173,77
2	42,39
3	– 56,65
4	– 69,21
5	– 69,21

Tabel 1.8: Gewichten voor het vereveningscriterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
SES 0 (> 15 bewoners)	0–17 jaar	23,82
	18–64 jaar	131,61
	65+ jaar	228,13
SES 1 (laag)	0–17 jaar	23,82
	18–64 jaar	18,65
	65+ jaar	131,02
SES 2 (midden)	0–17 jaar	– 10,06
	18–64 jaar	13,00
	65+ jaar	– 39,67
SES 3 (hoog)	0–17 jaar	– 10,62
	18–64 jaar	– 38,73
	65+ jaar	– 97,54

Tabel 1.9: Gewichten voor het vereveningscriterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten	Kosten van verpleging en verzorging
MHK's		
Geen MHK	– 270,83	– 319,16
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	2.563,26	689,63
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	2.239,73	768,79
MHK 3 jaar hoge kosten in top 10 procent	3.662,79	1.486,62
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	5.792,57	2.438,90
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	9.956,68	3.957,72
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	26.992,98	5.654,87

Tabel 1.10: Gewichten voor het vereveningscriterium generieke somatische morbiditeit (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
Geen morbiditeit	65– jaar	– 81,45
	65+ jaar	– 318,39
Wel morbiditeit	65- jaar	416,85
	65+ jaar	198,17

BIJLAGE 2, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6, EERSTE LID EN ARTIKEL 11, TWEEDE LID

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'.

De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar en ouder; de gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 6, eerste lid) en vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, tweede lid).

Tabel 2.1: Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	342,32
	25–29 jaar	318,07
	30–34 jaar	311,22
	35–39 jaar	294,65
	40–44 jaar	269,59
	45–49 jaar	251,25
	50–54 jaar	244,91
	55–59 jaar	237,30
	60–64 jaar	232,81
	65–69 jaar	218,22
	70–74 jaar	222,37
	75–79 jaar	226,01
	80–84 jaar	226,78
	85–89 jaar	227,87
	90+ jaar	218,22
Vrouwen	18–24 jaar	370,55
	25–29 jaar	306,09
	30–34 jaar	306,09
	35–39 jaar	266,75
	40–44 jaar	257,23
	45–49 jaar	243,98
	50–54 jaar	243,98
	55–59 jaar	232,81
	60–64 jaar	232,81
	65–69 jaar	218,22
	70–74 jaar	224,53
	75–79 jaar	218,22
	80–84 jaar	218,22
	85–89 jaar	218,22
	90+ jaar	218,22

Tabel 2.2: Gewichten voor het vereveningscriterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
FKG's	
Geen FKG psychische aandoeningen	– 28,44
FKG psychose	1.901,64
FKG psychose depot	4.439,20
FKG chronische stemmingsstoornissen	300,12
FKG verslaving	1.171,39
FKG bipolair regulier	698,51
FKG bipolair complex	1.229,85
FKG ADHD	168,88

Tabel 2.3: Gewichten voor het vereveningscriterium DKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
DKG's	
0	– 71,14
1	1.455,97
2	5.229,04
3	10.292,73
4	16.185,50
5	23.208,13

Tabel 2.4: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Arbeidsongeschikten	18–34 jaar	519,31
	35–44 jaar	205,13
	45–54 jaar	52,90
	55–64 jaar	– 3,36
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	518,08
	35–44 jaar	335,96
	45–54 jaar	205,80
	55–64 jaar	85,26
Studenten	18–34 jaar	– 76,64
Zelfstandigen	18–34 jaar	– 76,64
	35–44 jaar	– 27,78
	45–54 jaar	– 14,53
	55–64 jaar	– 3,36
Referentiegroep	18–34 jaar	– 31,04
	35–44 jaar	– 27,78
	45–54 jaar	– 14,53
	55–64 jaar	– 3,36
	65+ jaar	0,00

Tabel 2.5: Gewichten voor het vereveningscriterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
ggz-regio	
1	51,18
2	6,35
3	– 3,85
4	– 2,36
5	– 8,55
6	– 8,55
7	– 8,55
8	– 8,55
9	– 8,55
10	– 8,55

Tabel 2.6: Gewichten voor het vereveningscriterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
SES 0 (> 15 bewoners)	18–64 jaar	1.586,78
	65+ jaar	55,71
SES 1 (laag)	18–64 jaar	– 2,84
	65+ jaar	10,77
SES 2 (midden)	18–64 jaar	– 9,32
	65+ jaar	– 6,64
SES 3 (hoog)	18–64 jaar	– 17,87
	65+ jaar	– 6,64

Tabel 2.7: Gewichten voor het vereveningscriterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Eenpersoonsadres	
Niet	– 14,95
Wel	72,22

Tabel 2.8: Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
GGZ-MHK's	
GGZ-MHK 3 jaar geen kosten	88,49
GGZ-MHK in 3 jaar ten minste 1x kosten	484,93
GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 12,5 promille	2.645,03
GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 5 promille	7.305,34

BIJLAGE 3, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 9, TWEEDE LID

De bijlage betreft het eigen risico.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico (artikel 9, tweede lid) en vormen de basis voor de herberekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage van een zorgverzekeraar (artikel 17, tweede lid).

Tabel 3.1: Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18–24 jaar	132,48
	25–29 jaar	125,09
	30–34 jaar	128,02
	35–39 jaar	135,83
	40–44 jaar	142,62
	45–49 jaar	153,33
	5054 jaar	167,04
	55–59 jaar	190,00
	60–64 jaar	210,01
	65–69 jaar	233,40
	70–74 jaar	260,33
	75–79 jaar	283,13
	80–84 jaar	298,92
	85–89 jaar	309,24
	90+ jaar	308,48
Vrouwen	18–24 jaar	195,07
	25–29 jaar	194,19
	30–34 jaar	198,65
	35–39 jaar	196,78
	40–44 jaar	193,45
	45–49 jaar	200,40
	50–54 jaar	212,43
	55–59 jaar	222,93
	60–64 jaar	232,88
	65–69 jaar	252,40
	70–74 jaar	276,25
	75–79 jaar	295,37
	80–84 jaar	305,45
	85–89 jaar	305,18
	90+ jaar	291,32

Tabel 3.2: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Arbeidsongeschikten	18–34 jaar	73,89
	35–44 jaar	80,24
	45–54 jaar	69,15
	55–64 jaar	45,21
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	54,19
	35–44 jaar	58,89
	45–54 jaar	50,85
	55–64 jaar	16,37
Zelfstandigen	18–34 jaar	– 16,26
	35–44 jaar	– 6,25
	45–54 jaar	– 10,64
	55–64 jaar	– 15,29
Studenten	18–34 jaar	– 16,70
Referentiegroep	18–34 jaar	– 1,37
	35–44 jaar	– 4,51
	45–54 jaar	– 4,01

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	55–64 jaar	– 3,87
	65+ jaar	0,00

Tabel 3.3: Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Regio	
1	11,85
2	7,51
3	5,99
4	3,80
5	0,22
6	– 0,50
7	– 2,36
8	– 4,57
9	– 8,66
10	– 10,72

TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst af te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook, dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt, niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie welhaast gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Deze ongelijkheid die ontstaat door verschil in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.
Om dit te voorkomen is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, die uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) gefinancierd wordt. Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekering vraagt. De vereveningsbijdrage wordt na afloop van het vereveningsjaar (ex post) door het Zorginstituut definitief vastgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met de werkelijke situatie bij de zorgverzekeraar zoals deze zich gedurende het vereveningsjaar heeft voorgedaan (de werkelijke verzekerdenaantallen en -kenmerken; deze kunnen namelijk afwijken van datgene waar ex ante mee rekening was gehouden) en worden bepaalde compensatiemechanismen ingezet.
Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2015 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2015' (Rrv 2015).

De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2015 bevatten de regels die gelden voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2015. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2015 en hoe deze middelen over zorgverzekeraars worden verdeeld. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw.

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. In de Rrv 2015 worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2015, als het macro-prestatiebedrag 2015 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2015 verdeeld in vier macro-deelbedragen:
- het macro-deelbedrag variabele zorgkosten;
- het macro-deelbedrag vaste zorgkosten;
- het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheids-
- zorg';
- het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging.

Het deelbedrag voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heeft betrekking op verzekerden van achttien jaar en ouder. Geestelijke gezondheidszorg voor minderjarigen valt per 2015 onder de Jeugdwet in plaats van de Zvw en wordt per 2015 uitgevoerd door gemeenten.

De verdeling van de macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de criteria, genoemd in het Bzv. In voorliggende regeling wordt nader ingegaan op de invulling van deze criteria in klassen en de bijbehorende gewichten.
Bij de herberekeningen van de bijdragen aan zorgverzekeraars in 2015 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 van het Bzv.

Hoofdstuk 6 van de Rrv 2015 bevat een aantal wijzigingen van de Regeling risicoverevening 2014 (artikel 21). Het gaat daarbij om een wijziging van de ATC-codes betreffende add-ons voor fertiliteits-

hormonen. Abusievelijk zijn in de regeling 2014 onjuiste codes terecht gekomen. Dit wordt gecorrigeerd met artikel 21, onderdeel A. De kosten die aan de NPCF worden betaald ten behoeve van kwaliteitsprojecten, worden als vaste kosten aangemerkt. Dit wordt geregeld in artikel 21, onderdeel B. De eerstelijnspsychologische zorg die door ziekenhuizen wordt gedeclareerd als overig zorgproduct, behoort tot de GGZ. Dit wordt geregeld in artikel 21, onderdeel C.

De slotbepalingen in hoofdstuk 7 bevatten regels over de inwerkingtreding en terugwerkende kracht van de voorliggende regeling.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

Het kabinet zet in op verdere verbetering van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel en op de vergroting van risicodragendheid van de zorgverzekeraars door afbouw van de ex post compensatiemechanismen.

Daarom wordt er een aantal wijzigingen voor 2015 doorgevoerd. De belangrijkste zijn:

– voor het ex ante gedeelte van het model:
  1. Er wordt een nieuw deelbedrag geïntroduceerd. Dit betreft de zorg in het kader van verpleging en verzorging die per 2015 overgeheveld wordt van de AWBZ naar de Zvw. Verpleging en verzorging maakt deel uit van de te verzekeren prestaties onder de Zvw. Dit is geregeld in artikel 2.10 van het Bzv.
  2. De kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar vallen per 2015 onder de Jeugdwet en worden overgeheveld naar de gemeenten.
  3. De volgende nieuwe vereveningscriteria worden toegepast: ‘Meerjarige hoge kosten-GGZ’ (van toepassing op het deelbedrag van de geneeskundige GGZ); ‘Generieke somatische morbiditeit’ (van toepassing op het deelbedrag van de variabele zorgkosten); en een regio-criterium verpleging & verzorging (van toepassing op het deelbedrag verpleging & verzorging).
  4. Het vereveningscriterium ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel’ vervalt.
  5. In het vereveningscriterium ‘farmaceutische kostengroepen’ wordt de klasse ‘Reuma: TNF-alfraremmers’ toegevoegd.
  6. Bij de toedeling van verzekerden in het criterium SES wordt per leeftijdsklasse de SES indeling gehanteerd.

– voor het ex post gedeelte van het model:
  1. De bandbreedteregeling voor het deelbedrag variabele zorgkosten vervalt.
  2. De bandbreedte die gehanteerd wordt bij de ex post compensatie ‘bandbreedteregeling geneeskundige GGZ’ wordt verruimd van € 12,50 (€ 25) naar € 15 (€ 30).
  3. De hoge kostencompensatie voor het deelbedrag geneeskundige GGZ vervalt.
  4. De bandbreedte die gehanteerd wordt bij de ex post compensatie ‘bandbreedteregeling verpleging en verzorging’ bedraagt € 5 (€ 10).

2.2 Proces vormgeving vereveningsmodel en bepaling normatieve gewichten

Bepaling uitgangsmodel

Voor de vaststelling van het ex ante vereveningsmodel brengt de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) een advies uit. De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening en het adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel, op basis van onderzoeken die zijn uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma risicoverevening. In de WOR nemen deskundigen van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deel.

Bepaling normbedragen

Ten behoeve van de bepaling van de normatieve gewichten wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, de kenmerken en vereveningscriteria van verzekerden, en hun zorgkosten onder het verzekerde pakket op individuniveau. Het betreft (elk jaar) de meest recente, zo veel mogelijk uitgedeclareerde gegevens. Voor het vereveningsjaar 2015 wordt daarom gebruik gemaakt van kostengegevens over 2012 en verzekerdenkenmerken over 2009 tot en met 2012.

Vervolgens worden, indien nodig, deze zorgkosten representatief gemaakt voor de situatie van het komende vereveningsjaar. Bij het representatief maken van de kosten worden de gevolgen van

wijzigingen in bekostiging, aanpassingen in het verzekerde pakket van de Zvw en andere beleidsmaatregelen gesimuleerd.
Daarna worden de achtergrondkenmerken van de verzekerdenpopulatie representatief gemaakt en de zorgkosten opgehoogd voor de raming voor het komende vereveningsjaar.

Vervolgens worden vier econometrische modellen geschat voor de variabele zorgkosten, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, verpleging & verzorging, en de eigen betalingen t.g.v. het verplicht eigen risico. Dit resulteert in de normatieve gewichten per vereveningscriterium. De onderzoekers beoordelen de stabiliteit en plausibiliteit van de normatieve gewichten. Het oordeel of de normbedragen van voldoende kwaliteit zijn om de risicoverevening van 2015 op te baseren, wordt besproken met de WOR. Tot slot verwoordt de WOR het oordeel over de kwaliteit aan mij.

2.3 Onderzoeksgegevens

Basisgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige GGZ en verpleging & verzorging zijn gebaseerd op kostengegevens over 2012 en verzekerdenkenmerken over 2009 tot en met 2012.

De kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden is goed te noemen. De gegevens op individuniveau over ziektekosten en verzekerdenkenmerken (BASIC 2012) geeft een goed beeld van de Zvw-populatie in 2012, zowel qua kosten als demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

Het ex ante vereveningsmodel voor 2015 is gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2012 en de verzekerdenkenmerken over 2009 tot en met 2011. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2015 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2013, 2014 en 2015 zijn of worden genomen.

Gegevensbewerking somatische zorg:

Het Zvw-pakket is aangepast bij de volgende kostensoorten: eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar en ouder, geneesmiddelen met de vaste combinatie paracetamol-codeïne. Ook heeft een overheveling van verschillende extramuraal verstrekte dure geneesmiddelen naar het intramurale ziekenhuiskader plaatsgevonden.

De kosten van add-ons voor dure oncolytica en overige oncolytica, die in 2013 zijn en per 2015 worden overgeheveld naar het ziekenhuiskader, worden in 2015 nog aangemerkt als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’. Dit is noodzakelijk omdat gegevens ontbreken die nodig zijn voor normering. De overige dure geneesmiddelen worden van de vaste kosten van ziekenhuiszorg overgeheveld naar de variabele zorgkosten, inclusief add-ons voor TNF-alfaremmers. Er is rekening gehouden met tariefmaatregelen voor huisartsen en verloskundigen in achterstandswijken. Voorts heeft een bijstelling van de kosten plaatsgevonden voor liggend ziekenvervoer vanwege een nieuwe wijze van bekostiging van ambulancezorg per 2014. Ook is er bij de berekening van de vereveningsbijdragen rekening gehouden met de extra middelen die zijn uitgetrokken in verband met bevolkingsonderzoek naar darmkanker en een tariefsverhoging voor logopedie.
De ziekenhuiskosten van 2012 zijn voor het eerst gebaseerd op DBC-zorgproducten, zodat een conversie vanuit de ‘oude’ DBC’s in principe niet meer nodig is. Gezien de veranderingen in zowel de DBC-zorgproducten, zoals de verkorting van de looptijd, als in de tarieven in verband met lumpsumafspraken en aanneemsommen, die in de periode 2012-2015 zijn doorgevoerd, is toch een volledige conversie uitgevoerd.

Met inachtneming van deze onzekerheden concludeert de WOR dat de gegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om het vereveningsmodel ‘somatische zorg 2015’ op te baseren.

Gegevensbewerking geneeskundige GGZ

Een belangrijke beleidsmaatregel in 2015 is de invoering van de Jeugdwet. Per 2015 vallen de kosten van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen onder de Jeugdwet, die uitgevoerd wordt door de gemeenten.

Een belangrijke beleidsmaatregel in 2014 is de invoering van generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (generalistische basis GGZ). De invoering van de generalistische basis GGZ gaat

gepaard met de versterking van de huisartsenzorg en de praktijkondersteuner huisartsenzorg-GGZ functie (POH-GGZ functie). Op basis van de inmiddels door de Nederlandse Zorgautoriteit ontwikkelde beleidsregels en tarieven voor de generalistische basis GGZ is een conversietabel opgesteld. De effecten van de introductie van de generalistische basis GGZ op de schadelast zijn met behulp van deze conversietabel, op niveau van individuele verzekerden, zo goed mogelijk gesimuleerd.

De geleverde prestaties in de tweede lijn (ggz-dbc's) en in de generalistische basis GGZ worden op dezelfde manier voor opbrengstresultaten gecorrigeerd als voor het risicovereveningsmodel 2014. De tarieven van de ggz-dbc's en de zorgproducten in de Basis GGZ zijn vervangen door landelijk tarieven 2012. Hierdoor geldt voor alle instellingen hetzelfde tarief per productsoort en worden eventuele regionale verschillen, die deels worden veroorzaakt door verschillen in zorgzwaarte, niet meegewogen. Uitzondering vormen de declaratiecodes met verblijf. In 2012 bevatten deze declaratiecodes geen (impliciete) informatie meer over de verblijfsduur. Het was daarom onmogelijk deze declaraties te schonen voor opbrengstverrekening. Voor deze declaraties zijn daarom de feitelijk gedeclareerde kosten gebruikt.

Met inachtneming van deze onzekerheden concludeert de WOR dat de gegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om het vereveningsmodel geneeskundige GGZ2015 op te baseren.

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten (somatische zorg)

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg kent in 2015 de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen' (FKG's), 'diagnosekostengroepen' (DKG's), 'hulpmiddelenkostengroepen' (HKG's), 'aard van het inkomen' (AvI), 'sociaal economische status' (SES), 'meerjarig hoge kosten' (MHK), generieke somatische morbiditeit (GSM) en het 'regiocriterium somatisch' (regio).

Op advies van de WOR worden in 2015 de volgende wijzigingen in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg doorgevoerd:
- Aan het vereveningscriterium 'FKG's' wordt de klasse 'Reuma: TNF-alfaremmers' toegevoegd.
- SES: Het SES criterium wordt per 2015 gewijzigd door een indeling in de 30-40-30 verdeling per leeftijdsgroep, 0–17 jaar, 18–64 jaar en 65+, door te voeren.
- GSM: Dit vereveningskenmerk onderscheidt verzekerden met morbiditeit (wat tot uitdrukking komt in een positieve FKG of DKG of HKG of MHK) van andere verzekerden, uitgesplitst naar leeftijdscategorie (65– en 65+).

Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2015 voor somatische zorg op de meest recente gegevens resulteert in een verbetering van het vereveningsmodel. Het vereveningsmodel somatische zorg is kwalitatief goed, stabiel en robuust.

2.5 Vormgeving verpleging en verzorging

Het ex ante risicovereveningsmodel 2015 voor verpleging en verzorging kent de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'meerjarige hoge kosten' en 'regio verpleging & verzorging'.

De WOR heeft op basis van de doorrekening geconcludeerd dat dit model stabiel is, maar minder goed dan de modellen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ.

De komende twee jaar wordt daarom onderzoek gedaan naar verbetering van het ex ante model voor de verpleging en verzorging.

2.6 Vormgeving ex ante risicovereveningsmodel 2015 geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent in 2015 de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen psychische aandoeningen' (FKG's psychische aandoeningen), 'diagnosekostengroepen psychische aandoeningen' (DKG's psychische aandoeningen), 'AvI', 'SES', 'eenpersoonsadres', het 'regiocriterium GGZ' (regio GGZ) en 'meerjarige hoge kosten GGZ' (GGZ-MHK).

Op advies van de WOR wordt het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2015 op de volgende punten gewijzigd:
- Het vereveningscriterium 'GGZ-MHK' wordt ingevoerd in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ, het vereveningscriterium 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage kostendrempel' komt te vervallen.

Doorrekening van het ex ante vereveningsmodel voor 2015 op de meest recente gegevens laat bij het criterium 'DKG's psychische aandoeningen' aanzienlijke veranderingen zien ten opzichte van het ex ante vereveningsmodel voor 2014.

Deze veranderingen zijn verklaarbaar en hangen samen met de invoering van de variabele 'GGZ-MHK'. De veranderingen in het model leiden niet tot een betere verevende werking.

Artikelsgewijs

Artikel 1

De NZa heeft met ingang van 2012 de beschrijvingen van zorgproducten (prestaties) aangepast. Deze beschrijvingen blijven in 2015 in grote lijnen hetzelfde. Deze zorgproducten vormen de basis voor de risicoverevening. De zorgverzekeraars vergoeden de kosten van deze producten en worden hiervoor via de risicoverevening gecompenseerd. Het is daarom van belang om het begrippenkader dat de NZa gebruikt bij de beschrijving van de prestaties en tarifering ook te hanteren in het risicovereveningssysteem. De definities sluiten aan bij de inhoud van de door de NZa vastgestelde Regeling medisch specialistische zorg met nummer NR/CU-205 en haar beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg', per 1 januari 2015 met nummer BR/CU-2125. De NZa heeft mededeling gedaan van de vaststelling van de bovenbedoelde regeling door plaatsing daarvan in de Staatscourant van 12 april 2012 (nr. 6905). De bovenbedoelde regeling en de bovenbedoelde beleidsregel zijn te raadplegen op www.nza.nl.

Naast de dbc-zorgproducten (inclusief DBC-expertproducten) worden overige zorgproducten gedeclareerd.

De definitie van add-ons voor oncolytica is toegevoegd. De reden hiervoor ligt in de verschuiving van vrijwel alle kosten van add-ons voor geneesmiddelen naar de variabele zorgkosten. De add-ons voor oncolytica worden per 2015 nog aan de vaste zorgkosten toegerekend, vanwege het ontbreken van voldoende gegevens om te normeren. Overige add-ons worden toegerekend aan de variabele zorgkosten.

Om het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten' te verdelen over de zorgverzekeraars wordt gebruik gemaakt van de historische kosten vaste zorgkosten uit 2013 waarop het Zorginstituut een landelijke kostenfactor toepast. Deze methodiek resulteert in de ex ante toekenning van de ex ante deelbedragen voor de vaste zorgkosten per zorgverzekeraar. De factor is zodanig bepaald, dat het totaal van de deelbedragen 'vaste zorgkosten' over alle zorgverzekeraars gelijk is aan het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten'.

De vereveningscriteria ''GSM', 'GGZ-MHK' en 'V&V-regio' zijn nieuwe criteria die met deze regeling éénmalig (voor 2015) zijn toegevoegd aan de bestaande vereveningscriteria, zoals genoemd in het Bzv. Artikel 32, vierde lid, onderdeel b van de Zvw biedt de mogelijkheid hiertoe. Van deze mogelijkheid wordt hier gebruik gemaakt.

Vaste zorgkosten zijn kosten van zorg die voor zorgverzekeraars niet te beïnvloeden zijn of door onvoldoende gegevens in het kader van de risicoverevening niet normeerbaar zijn. In artikel 15 is opgenomen welke kosten in 2015 als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangemerkt (tweede lid).

Het besluit om eerstelijnsverblijf, (tijdelijke opname, intensieve kindzorg en palliatieve zorg) over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw is eind juni 2014 genomen. Kosten worden vanwege het ontbreken van gegevens toegerekend aan de vaste kosten.

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder de Zvw. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2015. Deze ramingen zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015 en gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden (zie hierna). Aan de in de begroting vermelde bedragen zijn toegevoegd, de extra middelen die als onverdeelde post zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015.

Het verschil tussen de beschikbare middelen uit het Zvf en het macro-prestatiebedrag hangt samen met het gegeven dat zorgverzekeraars de kosten van prestaties niet uitsluitend uit de hen ingevolge deze regeling toe te kennen middelen dekken, maar tevens uit de opbrengsten van de nominale premie. Voorts vindt er een financieringsverschuiving van een deel van de kosten van prestaties plaats van zorgverzekeraars naar verzekerden, als gevolg van het verplicht eigen risico (artikel 3.19 Bzv).
Uit technische overwegingen is ervoor gekozen bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld over zorgverzekeraars uit te gaan van het macro-prestatiebedrag. De gewichten die gekoppeld zijn aan de vereveningscriteria, kunnen daardoor uitsluitend aan de hand van het macro-prestatiebedrag worden vastgesteld en zijn dus volledig onafhankelijk van de nominale rekenpremie, die voor 2015 is bepaald op (afgerond) € 1.196 Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars naast hun nominale premie, ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico van € 375 per verzekerde.

In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 4, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen.
Het macro-prestatiebedrag wordt in 2015 onderverdeeld in vier onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2015, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.
In de eerste plaats zijn de verschillende nominale bijstellingen en groeiruimten toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee.
In de tweede plaats worden de kosten voor ziekenhuisverpleging toegedeeld naar de kosten van het deelbedrag ‘variabele zorgkosten’, en naar kosten van het deelbedrag ‘vaste zorgkosten’. In de toelichting bij de artikelen 14 en 15 wordt nader op deze toedeling ingegaan.
Het macro-deelbedrag ‘vaste zorgkosten’ daalt ten opzichte van 2014, doordat in 2015 de kosten voor geneeskundige GGZ van verzekerden jonger dan achttien jaar zijn overgeheveld naar de gemeenten, en omdat de geriatrische revalidatiezorg en (een groot deel van) de add-ons van vaste naar variabele zorgkosten zijn toegedeeld.

Ten slotte zijn aan de onderscheiden macro-deelbedragen componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

Artikel 3

De bedragen die geraamd worden als opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico worden in dit artikel genoemd. De opbrengst per zorgverzekeraar wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9 en – in de vaststellingsfase – artikel 3.18 Bzv.

De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 8 en 9 (artikel 3.10 van het Bzv). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 17 (artikel 3.19 van het Bzv).

Artikel 4

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2015 ten laste van het Zvf beschikbaar zijn. Het Zorginstituut verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Bzv uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende regeling.

De basis hiervoor is opgenomen in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Bzv. Het genoemde bedrag van € 22.139,8 miljoen is gebaseerd op de Rijksbegroting. Het macro-prestatiebedrag (€ 41.388,0 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 16.075,5 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.190,7 miljoen) levert een bedrag op van € 22.139,8 miljoen.

Artikel 5

Artikel 32, vierde lid, onderdeel b, van de Zvw biedt de mogelijkheid om éénmalig bij ministeriële regeling vereveningscriteria toe te voegen.
In het eerste lid wordt van deze mogelijkheid gebruik gemaakt door voor de verdeling van het

macro-deelbedrag variabele zorgkosten éénmalig het vereveningscriterium 'GSM' extra aan de bestaande vereveningscriteria toe te voegen.

In het tweede lid wordt van de mogelijkheid een extra criterium toe te voegen gebruik gemaakt voor de verdeling van het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Eenmalig wordt het extra vereveningscriterium ' 'meerjarige hoge kosten GGZ' aan de bestaande vereveningscriteria toegevoeg.
In het derde lid wordt van de mogelijkheid een extra criterium toe te voegen gebruik gemaakt voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van verpleging & verzorging. Eenmalig wordt het extra vereveningscriterium 'V&V-regio' aan de bestaande vereveningscriteria toegevoegd.

Artikel 6

De gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het Zorginstituut hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, zijn als bijlagen 1 en 2 bij deze regeling opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit de bijlagen 1 en 2 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria.

Ook blijkt uit deze bijlagen welke criteria gelden voor de onderscheiden deelbedragen.

Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele zorgkosten aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, HKG's, Avl, SES, GSM, MHK en regio.

Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige GGZ aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, Avl, SES, éénpersoonsadres, ggz-regio en GGZ-MHK. Voor de invulling van het vereveningscriterium 'regio', zoals genoemd in het Bzv, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige GGZ, genoemd ggz-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige GGZ en met sociaaleconomische omstandigheden.

Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van V&V aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, MHK en V&V-regio.
De ex ante normgewichten worden voor alle deelbedragen dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende risicoklassen van de volgende vereveningscriteria:
- Somatische zorg: FKG's, DKG's, HKG's, Avl, regio, SES, MHK somatische zorg, GSM
- Geneeskundige GGZ: FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, Avi, ggz-regio, SES, éénpersoonsadres, GGZ-MHK
- Verpleging en Verzorging: regio-V&V, MHK
- Eigen betalingen onder het verplicht eigen risico: Avl, regio

De verdeling van vaste zorgkosten wordt gebaseerd op de historische vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2013, de landelijke vaste kostenfactor 2015 en de geraamde aantallen verzekerden in het jaar 2015. Hier is derhalve, anders dan bij de verdeling van de kosten uit de overige clusters, geen sprake van verevening op basis van verzekerdenkenmerken.
In de toelichting bij het Bzv respectievelijk, voor sinds 2006 toegevoegde vereveningscriteria, in de toelichtingen bij de wijzingen van dat Besluit is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, Avl, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, ggz-regio, GSM, HKG, DKG psychische aandoeningen, MHK-GGZ en V&V-regio. In aanvulling daarop kan over deze vereveningscriteria nog het volgende worden opgemerkt.
– Leeftijd en geslacht worden in samenhang bezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt onder meer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Bij dit criterium wordt gewerkt met vijfjaars-klassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15–24 jaar onderverdeeld in 15–17 en 18–24 jaar in plaats van 15-19 en 20–24 jaar.
  Om beter aan te kunnen sluiten bij de werkelijke kosten wordt het leeftijdsinterval 0-4 jaar gesplitst in een klasse 0 jarigen en een klasse 1-4 jaar.

– Er wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 24 FKG's. Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Daarnaast wordt een referentiegroep onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG-klasse 'Geen FKG'. De vormgeving van het vereveningscriterium 'FKG's' wordt aangepast. De FKG-klasse 'Reuma: TNF-alfaremmers' wordt toegevoegd.
– Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt gebruik gemaakt van zeven FKG's psychische aandoeningen, daarnaast is er een referentiegroep (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. Het vereveningscriterium 'FKG's psychische aandoeningen' bestaat uit de volgende klassen: 'FKG psychose', 'FKG psychose depot', 'FKG chronische stemmingsstoornissen', 'FKG verslaving', 'FKG bipolair regulier', 'FKG bipolair complex' en 'FKG ADHD'. Om ingedeeld te worden in de FKG 'bipolair complex' moeten verzekerden naast meer dan 180 defined daily doses (ddd's) voor middelen uit de FKG 'bipolair regulier' ook minstens eenmaal een recept uit de (somatische) FKG 'epilepsie' of uit de FKG psychische aandoeningen 'psychose' of uit de FKG psychische aandoeningen 'psychose depot' voorgeschreven krijgen. Als een verzekerde ingedeeld wordt in de FKG 'bipolair complex' kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de indeling in de FKG 'bipolair regulier', als een verzekerde wordt ingedeeld in de FKG-klasse 'psychose depot' kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de FKG-klasse 'psychose'. Een verzekerde kan in meerdere FKG's psychische aandoeningen worden ingedeeld.
– Wat betreft DKG's is er voor in Nederland wonende verzekerden sprake van 15 clusters van aandoeningengroepen, en van een DKG "0" voor degenen die geen van die aandoeningen hebben. De DKG's worden in 2015 net als in 2014 ook gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen. In de vormgeving van de DKG's worden de verschillende klinische en niet-klinische behandelingen samengenomen zodat het risicovereveningsmodel een prikkel geeft om verzekerden – waar mogelijk – goedkoper poliklinisch te behandelen in plaats van via duurdere klinische opnames. Vanwege prikkelwerking worden zorgproducten van de typering 'Lichte behandeling op de polikliniek' uitgezonderd. De prevalentie van DKG's wordt vastgesteld op basis van diagnose-informatie uit de dbc-zorgproducten.
– Bij het vereveningscriterium 'AvI' worden bij de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar vijfklassen onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: 'arbeidsongeschikte verzekerden', 'bijstandsgerechtigde verzekerden', 'zelfstandige verzekerden', 'studenten' en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de vier hiervoor genoemde groepen. De verzekerden tot en met 17 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ondergebracht in twee aparte klassen. Binnen de klassen 'arbeidsongeschikte verzekerden', 'bijstandsgerechtigde verzekerden', 'zelfstandige verzekerden' en 'referentiegroep' wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. De klasse 'studenten' is hier een uitzondering op; deze heeft namelijk maar één leeftijdsgroep: 18–34 jaar. In de beleidsregels van het Zorginstituut zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende klassen AvI.
– Het vereveningscriterium GSM wordt toegevoegd. Dit vereveningskenmerk onderscheidt verzekerden met morbiditeit (wat tot uidrukking komt in een positieve FKG of DKG of HKG of MHK) van andere verzekerden, uitgesplitst naar leeftijdscategorie (6-- en 65+).
– Door het vereveningscriterium 'MHK' kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de somatische zorg substantieel beter verevend worden. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen drie jaar tot de hoogste 15 procent behoort, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten behoort, ingedeeld in één van de klassen, '3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent', '3 jaar hoge kosten in top 4 procent', '3 jaar hoge kosten in top 7 procent', '3 jaar hoge kosten in top 10 procent' of '3 jaar hoge kosten in top 15 procent'. Hierin is de top 1,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normatieve gewicht en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normatieve gewicht. Een verzekerde wordt met in achtneming van het bovenstaande ingedeeld in de hoogste klasse. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen twee jaar tot de hoogste 10 procent hebben behoord, en die niet is ingedeeld in een van de eerdergenoemde, wordt ingedeeld in de klasse, 'MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent'. Een verzekerde die niet in een van de bovengenoemde klassen behoort, wordt ingedeeld in de klasse 'geen MHK'. Dit is de referentiegroep.
– Het vereveningscriterium 'Eenpersoonsadres' wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige GGZ dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium 'Eenpersoonsadres' is gebaseerd op het onderscheid 'woont op een adres waar één persoon is ingeschreven' en 'woont niet op een adres waar één persoon is ingeschreven'.
– Het vereveningscriterium 'Regio' beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten, door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een model dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt

de regioclustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald. Om het onderscheid aan te duiden met het regiocriterium voor het andere deelbedrag ('variabele zorgkosten') gaan het Bzv en de Rrv 2014 uit van een andere naamgeving, namelijk ggz-regio. Door het vereveningscriterium 'V&V-regio' wordt tijdelijk rekening gehouden met de historisch gegroeide regionale verschillen in het zorgaanbod van verpleging en verzorging. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars, naar verwachting, voldoende middelen om aan hun zorgplicht te voldoen en krijgen ze tijd om de zorg zo te structureren en in te kopen dat vraag en aanbod samenkomen. Dit tijdelijke criterium verdwijnt uiterlijk per 2017. De regionale verschillen zijn gebaseerd op gegevens per zorgkantoor-regio.

- Het vereveningscriterium 'HKG's' onderscheidt vier klassen: 'insuline infuuspompen', 'katheters/urine-opvangzakken', 'stoma's' en 'tracheo-stoma's'. Daarnaast is er een referentiegroep (genaamd 'Geen HKG') van verzekerden die in geen enkele HKG zijn ingedeeld. Door de HKG's wordt voor subgroepen van verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik nu beter gecompenseerd. Hierdoor neemt de prikkel tot risicoselectie af. In het onderzoek is bij de selectie van hulpmiddelen rekening gehouden met mogelijkheden van hulpmiddelenregistratie.
- Door het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ. Op advies van medische experts richt het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' zich op langdurig zorgafhankelijke patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en op patiënten die tot de groep 'disease management van common mental disorders (DM)' behoren. Bij het vormgeven van de DKG's psychische aandoeningen worden de langdurig zorgafhankelijke patiënten onderscheiden op basis van dbc-informatie. Als eerste worden psychische dbc's met de volgende diagnosen uitgesloten: stoornissen in de kindertijd, en andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn. De psychische dbc Schizofrenie en andere psychotische stoornissen leiden in elk geval tot indeling in een DKG psychische aandoeningen. Alle overige psychische dbc's leiden alleen tot indeling in een DKG psychische aandoeningen als de verzekerde ook in t-2 kosten heeft gehad in de geneeskundige GGZ.
  De geselecteerde psychische dbc's worden geclusterd in vijf kostenhomogene klassen. Er wordt uitgegaan van enkelvoudige DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante dbc heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld.
- Het vereveningscriterium MHK wordt in 2015 toegevoegd aan het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Door het vereveningscriterium 'GGZ-MHK' kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de geneeskundige GGZ substantieel beter verevend worden. Een verzekerde die drie jaren achtereenvolgens (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de klassen, 'GGZ-MHK klasse 3 jaar hoge kosten in top 12,5 promille' of 'GGZ-MHK klasse 3 jaar hoge kosten in top 5 promille'. Een verzekerde die drie jaren achtereenvolgens geen GGZ-kosten heeft, komt in de klasse 'meerjarig geen kosten' (MGK) terecht. Dit is de referentiegroep. Verzekerden die ten minste een jaar GGZ-kosten hebben, maar niet voldoen aan MHK-klasse, komen in de klasse 'geen MHK/geen MGK' terecht.
- Het criterium 'geneeskundige GGZ-kosten boven de lage drempel' (LDR) is beleidsmatig gezien geen goed vereveningscriterium. Dit criterium is immers louter gebaseerd op kosten. Daarom is besloten om vanaf 2015 het vereveningscriterium 'LDR' niet meer toe te passen.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn econometrisch geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2012. Bij deze schatting wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.

Artikel 7

Gewichten die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn echter minder verzekerdenkenmerken bekend dan voor verzekerden die in Nederland wonen. Het is voor deze verzekerden niet mogelijk om uit de buitenlandse nota's af te leiden of er sprake is van een FKG, een FKG psychische aandoeningen, een DKG, een DKG psychische aandoeningen of een HKG. Als hier niet voor wordt gecorrigeerd, komen alle verzekerden woonachtig in het buitenland en met zorgkosten gemaakt in het buitenland, in de FKG-klasse 'Geen FKG', in de FKG psychische aandoeningen-klasse 'Geen FKG psychische aandoening', in de DKG-klasse '0', in de DKG psychische aandoeningen-klasse '0' en in de HKG-klasse 'Geen HKG' terecht. Dit is voor de betreffende verzekerden met een chronische aandoening onterecht in die zin, dat de bijbehorende gewichten voor hen niet juist zijn. Uit statistische analyses die het Zorginstituut heeft uitgevoerd op de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland, blijkt dat, wanneer rekening wordt gehouden met de overige, wel bekende vereveningscriteria, een correctiepercentage voor het gewicht van de betreffende criteria kan worden bepaald. Dit

normbedrag houdt als het ware rekening met de gemiddelde gezondheid van de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland.
In dit artikel wordt geregeld dat voor alle in het buitenland wonende verzekeren andere gewichten gelden dan voor in Nederland wonende verzekerden die in deze klassen zijn ingedeeld. Het gewicht dat voor de buitenlandse verzekerden geldt, wordt door het Zorginstituut vastgesteld op een percentage van laatstbedoelde gewichten.

Artikel 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst raamt van de nominale rekenpremie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage. Het bedrag wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.
De nominale rekenpremie per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt jaarlijks bepaald en in het eerste lid genoemd. Zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar, die niet premieplichtig zijn, worden daarom in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden waarvoor de Minister van Veiligheid en Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het Zorginstituuthoudt bij de raming rekening met het feit dat gedetineerden vaak maar een gedeelte van het jaar en dus niet het hele jaar gedetineerd zijn.

Artikel 9

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage berekent. Het bedrag van de opbrengst uit het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar.
Bij de bepaling van de opbrengst van het verplicht eigen risico wordt alleen rekening gehouden met de zorgverzekeringen van verzekerden voor wie dit risico geldt. Dit zijn alleen de verzekerden van achttien jaar en ouder. Evenals in artikel 8 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) buiten beschouwing gelaten. De te verwachten opbrengst van het verplicht eigen risico voor een zorgverzekeraar is afhankelijk van de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een relatief lagere opbrengst aan eigen betalingen onder het verplicht eigen risico innen, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Bij zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie wordt in dat geval een gemiddeld te hoge opbrengst aan verplicht eigen risico in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar. Bij zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie geldt het omgekeerde; er wordt een te lage opbrengst in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar.

Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden naar verwachting ontvangen in het kader van het verplicht eigen risico. De normering is samengesteld uit een tweetal bedragen: opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder met en zonder chronische aandoeningen.
Voor de verzekerden zonder een chronische aandoening is een normatief model van toepassing. Voor de bepaling van de omvang van deze opbrengst verplicht eigen risico gaat het Zorginstituut voor verzekerden die vallen in de klasse 'Geen FKG' èn vallen in de klasse 'DKG 0' èn vallen in de klasse 'Geen MHK' uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AvI, en regio en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 3 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.
Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 24 FKG's (niet ingedeeld in de FKG-klasse 'Geen FKG'), 15 DKG's (niet ingedeeld in de DKG-klasse 'DKG 0') of 6 MHK-klassen (niet ingedeeld in MHK-klasse 'Geen MHK'), wordt uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 356,36. Dit is het gemiddelde bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden.

Artikel 10

Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden, emigratie of immigratie kan het voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een zorgverzekering had. Om te voorkomen dat de zorgverzekeraar ook een vereveningsbijdrage ontvangt over het gedeelte van het jaar dat de betreffende persoon niet ingeschreven stond, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid).
Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de 'Wet opsporing en verzeke-

ring onverzekerden zorgverzekering' (Stb. 2011, 111) naar verwachting veel kleiner is dan in de voorgaande jaren[1], wordt in het tweede lid vooralsnog de regel gehandhaafd dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld wordt door het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven.
Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontlenen aan dubbele inschrijvingen. Deze regel sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken zorgverzekeraar de andere zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen.
Overigens weet het Zorginstituut op basis van het tweede lid van artikel 35 Zvw bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde gedurende welke periode is ingeschreven. Hierbij is het Zorginstituut op basis van het derde lid van artikel 35 Zvw gehouden betrokken zorgverzekeraars terstond te informeren op het moment dat geconstateerd wordt dat een verzekerde bij twee of meer zorgverzekeraars verzekerd is. Deze informatie biedt de zorgverzekeraar een handvat om de situatie van dubbele verzekering op te heffen.
Ten slotte wordt opgemerkt dat het eerste en tweede lid ook tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar), zij het dat ook hier de werking van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dit onwaarschijnlijk maakt. Indien dit toch voorkomt, ontvangt de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde slechts een gedeelte van het jaar dubbel ingeschreven stond, voor die verzekerde een vereveningsbijdrage die vermenigvuldigd wordt met het aantal verzekerde dagen gedeeld door – voor het jaar 2015 – 365, waarna de uitkomst hiervan nog eens – wegens de dubbele verzekering in die periode – gedeeld wordt door 2. De zorgverzekeraar waarbij de verzekerde gedurende het gehele jaar ingeschreven stond, ontvangt over de dubbel verzekerde periode een bijdrage gedeeld door twee, en over de rest van het jaar de 'volle' bijdrage.

Artikel 11

In de artikelen 12 tot en met 15 van deze regeling wordt bepaald aan welke clusters van prestaties bepaalde kostensoorten dienen te worden toegerekend. Pas nadat dat gebeurd is, kan het Zorginstituut de gerealiseerde kosten bepalen. Het eerste lid van artikel 11 expliciteert dit nog eens voor die clusters van prestaties, waarvoor vereveningscriteria gelden en derhalve de bijdragen dienen te worden herberekend. Dat wil zeggen voor alle clusters met uitzondering van het cluster 'vaste zorgkosten'.

In artikel 3.11, tweede lid, van het Bzv is geregeld dat het Zorginstituut na het vereveningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties berekent[2] en het vierde lid van dit artikel staat dat het Zorginstituut de ex ante geraamde kosten per cluster van prestaties corrigeert voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenkenmerken in het vereveningsjaar. Vervolgens stelt het Zorginstituut, uitgaande van deze kosten en het gerealiseerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, nieuwe bijdragen vast (artikel 3.11, vijfde lid, Bzv). Met behulp van deze nieuwe bijdragen en van de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken per zorgverzekeraar berekent het Zorginstituut dan weer voor iedere zorgverzekeraar en ieder cluster van prestaties een 'tussendeelbedrag'. Vóór het afschaffen van de macronacalculatie zouden dit de deelbedragen zijn geweest waarop vervolgens voor zover van toepassing de nacalculatie, de hogekostencompensatie en de bandbreedteregeling zouden zijn toegepast. Maar nu de macronacalculatie met ingang van het vereveningsjaar 2012 is afgeschaft, wordt dit 'tussendeelbedrag' eerst nog omgerekend naar een 'herberekend deelbedrag' (art. 3.12, tweede en derde lid, Bzv), zodanig dat kostenoverschrijdingen die niet het gevolg zijn van verschillen tussen geraamde en werkelijk gerealiseerde aantallen verzekerden of verzekerdenkenmerken, voor rekening van de zorgverzekeraars blijven. Hierbij voorziet artikel 3.12, tweede lid, van het Bzv in flankerend beleid om te voorkomen dat zorgverzekeraars met een relatief slechte risicoportefeuille hierdoor benadeeld worden.

Het tweede en derde lid bepalen aan de hand van welke gegevens het Zorginstituut de bijdragen herberekent. Ten eerste zijn dit de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties. Daarnaast zijn dit de gerealiseerde aantallen verzekerden per iedere klasse van ieder relevant vereveningscriterium. In het derde lid is wat dit betreft per criterium aangegeven uit welk jaar de gegevens betrokken dienen te worden.

---

[1] Deze wet geeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid iemand die reeds elders een zorgverzekering heeft voor inschrijving voor een nieuwe zorgverzekering te weigeren, en zorgt er daarnaast voor dat zorgverzekeringen van mensen die op de datum van inwerkingtreding van de relevante bepalingen van die wet meer dan één zorgverzekering hadden, eindigen, op één na.

[2] Tot de gerealiseerde kosten behoren overigens niet kosten waarvoor een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekeringen (catastrofes) is verstrekt (zie art. 3.11, derde lid, van het Besluit).

Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de bijdragen, het Zorginstituut voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2015 wat betreft de vereveningscriteria ‘leeftijd en geslacht’, ‘AvI’, ‘SES’, ‘Eénpersoonsadres’, ‘Regio’, ‘Ggz-regio’ en ‘V&V-regio’. Voor de vereveningscriteria ‘FKG’s’, ‘FKG’s psychische aandoeningen’, GSM, en ‘DKG’s’ wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2014. Voor het vereveningscriterium ‘DKG’s psychische aandoeningen’ wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2013 en 2014. Voor het vereveningscriterium ‘MHK’ en ‘GGZ-MHK’ gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over de jaren 2012, 2013 en 2014. (In 2013 zijn er nog opbrengstresultaten voor de geneeskundige ggz en niet voor de instellingen voor medisch specialistische zorg). Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het Zorginstituut uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept achter FKG’s en DKG’s dat voorspelbare vervolgkosten dienen te worden gecompenseerd.

Voor het vereveningscriterium ‘DKG’s’ is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als hun zorgverzekeraars niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het Zorginstituut krijgt in het vierde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium DKG – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Achtergrond hierbij is dat vanaf 2013 de DKG’s gebaseerd zijn op zowel klinische als niet-klinische behandelingen. Bovendien is de vormgeving aangepast omdat deze door de invoering van prestatiebekostiging in 2012 gebaseerd moet worden op de informatie van dbc-zorgproducten. De vormgeving is vastgesteld op basis van ‘gesimuleerde’ DOT-productstructuur, waarbij enige onzekerheid bestaat over de mate waarin deze overeenkomt met de werkelijkheid. Hierdoor is niet te toetsen in hoeverre de ex ante verzekerdenraming (op basis van dbc’s 2010) representatief is voor de uiteindelijke verzekerdenbepaling (dbc-zorgproducten 2013).
Ook voor het vereveningscriterium ‘MHK’ is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het Zorginstituut krijgt in het vierde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium ‘MHK’ – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Achtergrond hiervan is dat 2014 pas het derde jaar is waarvoor een ex ante raming is gemaakt van de verzekerdenaantallen van het criterium ‘MHK’. Er kan momenteel nog niet worden beschikt over een historische reeks, waardoor niet is te toetsen in hoeverre de ex ante verzekerdenraming (op basis van kosten 2009-2011) representatief is voor de uiteindelijke verzekerdenbepaling (op basis van kosten 2011-2013). Het is mogelijk dat er een ontwikkeling is in de prevalentie van het criterium ‘MHK’ bijvoorbeeld door wijzigingen in bekostiging van dure geneesmiddelen en/of ziekenhuizen in de tussenliggende jaren. Dat maakt het ramen van de verdeling van verzekerdenkenmerken lastiger.

Ook stelt het Zorginstituut ingevolge het vierde lid de gewichten van de criteria ‘DKG psychische aandoeningen’ en ‘HKG’s’ dusdanig vast dat het totaal van de toe- en afslagen voor elk criterium – rekening houdend met de geraamde verzekerden-aantallen per klasse – op nul uitkomt. Daarbij wordt rekening gehouden met de gerealiseerde verzekerdenaantallen. Achtergrond hiervan is dat het ramen van de verdeling van verzekerdenkenmerken lastig is. Belangrijkste complicatie is dat de raming van de huidige aantallen verzekerden die vallen in de klassen van de criteria ‘DKG psychische aandoeningen’ en ‘HKG’s’ voor een aantal zorgverzekeraars onzeker is, bijvoorbeeld doordat er voor deze nieuwe criteria onvoldoende kennis is over de ontwikkeling in de tijd of over registratie-effecten. Op het moment dat de verdeling van verzekerden over de verschillende klassen per criterium anders uitpakt dan verwacht zou zonder ex post herberekening van het gewicht van het criterium, ex post de bijdrage van het criterium sterk van nul af kunnen wijken. Om dit ongewenste effect te voorkomen, worden de gewichten van de betreffende klassen per criterium achteraf vastgesteld, rekening houdend met gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse (derde lid).

Deze werkwijze wordt ook toegepast voor de nieuwe vereveningscriteria GSM (onderscheiden naar 65- en 65+) en GGZ-MHK.

Artikel 12

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risicovereveningssysteem moeten worden verwerkt. Deze kosten worden of vergoed via de zorgverzekeraars (lid 1) of via het Zorginstituut (lid 2).
Declaraties die bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel a), voor psychische zorg, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel b), voor verpleging en verzorging (onderdeel c) of voor langdurige geestelijke gezondheidszorg (onderdeel d). Het Zorginstituut deelt deze kosten toe aan kosten van de betreffende clusters van prestaties. Voor de kosten van

onderdeel a doet het Zorginstituut dit aan de hand van een in het onderdeel vastgelegde verdeelsleutel. Voor de kosten van onderdeel b blijkt uit de specificatie of het gaat om en kosten van het cluster ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’ van verzekerden van achttien jaar en ouder. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit niet dat de kosten gemaakt zijn voor de eerder genoemde medisch-specialistische zorg of psychische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg, en die worden volledig aangemerkt als ‘variabele zorgkosten’ (onderdeel e).

De verdeelsleutel voor de toedeling onder lid 1, onderdeel a, is gebaseerd op cijfers uit het macro-prestatiebedrag 2015 en afgerond op 5 procentpunt.

De verdeelsleutel die in het tweede lid wordt gehanteerd heeft betrekking op de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die door verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, zoals een bepaling van de Verordening (EG) nr. 883/2004 inzake sociale zekerheid dan wel bilaterale verdragen of multilaterale verdragen, zoals het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden. Hieronder vallen de kosten van zorg die slechts vergoed wordt na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van verzekerden die in het buitenland wonen. De kosten buitenland die via het Zorginstituut worden afgehandeld worden op kasbasis door het Zorginstituut in de risicoverevening verwerkt. De toedeling van de verschillende kosten van prestaties gebeurt op basis van feitelijke declaratiegegevens van het Zorginstituut en cijfers uit het macro-prestatiebedrag 2015.

Voor de per 2015 overgehevelde zorg verpleging en verzorging zijn geen gegevens over de kosten buitenland in het verleden beschikbaar. De verdeelsleutel voor de toedeling aan dit cluster is daarom gebaseerd op cijfers uit het macro-prestatiebedrag 2015 en afgerond op 5 procentpunt. Dit leidt tot een toedeling van 10 procent aan het cluster ‘verpleging en verzorging’.
Voor de resterende 90 procent blijkt op basis van eerdere schadecijfers over 2011 (uitgedeclareerd) dat, afgerond op 5%-punt, de zogenaamde kosten buitenland als bedoeld in het tweede lid, voor 90 procentpunt onder de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en voor 0 procentpunt onder de kosten van geneeskundige ggz vallen. Geconstateerd kan worden dat de ‘werkelijke’ kosten buitenland via zorgverzekeraars relatief meer kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp omvatten en minder kosten van geneeskundige ggz dan het macro-prestatiebedrag. Daarom worden de kosten buitenland gebruikt voor de verdeling en niet het macro-prestatiebedrag. Daarmee sluit de verdeling beter aan bij de feitelijke situatie. Vervolgens moeten de kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp (90 procent) worden verdeeld over de onderliggende clusters van deelbedragen. Dit gebeurt wèl weer op basis van het macro-prestatiebedrag 2015, aangezien daarvoor geen gebruikgemaakt kan worden van werkelijke declaratiegegevens. De uiteindelijke verdeling is als volgt: voor 90 procent worden de kosten buitenland als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’ beschouwd en voor 10 procent als kosten van het cluster ‘verpleging en verzorging’.

Artikel 13

Binnen het Zvw-stelsel nemen verzekerden in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening. Deze eigen betalingen worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten wel betrokken worden in de vaststelling van de gewichten voor de clusters ‘variabele zorgkosten’, ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’, en ‘kosten van verpleging en verzorging’. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de vaststelling van het normatief bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen voor zover deze niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het eigen risico wordt het normatief bedrag voor eigen betalingen in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de drie hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de nominale rekenpremie – in de vereveningsbijdrage. Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten onder het verplicht eigen risico. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht.

De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet overgaat tot bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximeren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 14

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen voor medisch- specialistische zorg naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 16, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Bzv. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele zorgkosten'.

Hiernaast is ook bij de instellingen die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten nog sprake van aanvullende financiering in de vorm van overige zorgproducten. Onder deze overige zorgproducten vallen vier categorieën, te weten 'supplementaire producten', 'eerstelijns-diagnostiek', 'paramedische behandeling en onderzoek' en 'overige verrichtingen'. Onder de categorie 'supplementaire producten' vallen 'de add-ons', 'de overige trajecten' en 'de stollingsfactoren'. De begrippen, 'add-on' en 'add-on voor oncolytica" worden in artikel 1 van deze regeling gedefinieerd en de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van de NZa beschreven. De overige zorgproducten worden toegerekend aan de variabele zorgkosten. Een uitzondering op deze regel, vormen de kosten van de add-ons voor oncolytica die aan het cluster 'vaste zorgkosten' (artikel 15, zesde lid) worden toegedeeld.

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc-zorgproducten die niet behoren tot het zogenoemde vrije segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Het eerste lid geeft aan dat de vast/variabel-verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het Zorginstituut wordt vastgesteld.

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2015 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel: voor 75 procent worden deze kosten aan het cluster 'variabele zorgkosten' toegedeeld (tweede lid). Wat betreft de splitsing van de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 12.

Artikel 15

Het eerste lid regelt dat de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden herberekend op basis van de vaste kosten in 2014
Het tweede en derde lid gaan in op de toedeling van kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wmg. Het percentage van de kosten hiervan dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van deze kosten dat aan het cluster 'variabele zorgkosten' wordt toegedeeld in het corresponderende eerste lid van artikel 14.

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2015 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel. Dit wordt in het vierde lid aangegeven; voor 25 procent worden deze kosten aan het cluster 'vaste zorgkosten' toegedeeld.
Het corresponderende tweede lid van artikel 14 bepaalt dat deze kosten voor 75 procent aan de kosten van het cluster 'variabele zorgkosten' worden toegedeeld.
Het vijfde lid bepaalt dat de kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en de kosten voor de Stichting kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangeduid. De middelen voor de SKMS waren oorspronkelijk, in 2008, onderdeel van het met de medisch specialisten afgesproken uurtarief en behoren daarmee tot de kosten die ten laste van de Zvw komen. Omdat de afdracht van alle medisch specialisten aan de SKMS administratief onuitvoerbaar bleek, hebben zorgverzekeraars vanaf 2009 deze middelen rechtstreeks betaald aan de SKMS en op deze wijze voorgefinancierd. Ook de financiering van kwaliteitsgelden voor de SKCF zijn vanwege administratieve voordelen, als vaste zorgkosten geclassificeerd. In dit lid wordt opgenomen dat deze kosten als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' mee worden genomen in de risicoverevening.
Het vijfde lid bepaalt tevens dat de kosten voor de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangemerkt. Deze middelen zijn sinds 2013 beschikbaar voor kwaliteitsbeleid, projecten in het kader van arbeidsparticipatie en ambulantisering, en de destigmatiseringscampagne zoals opgenomen in het bestuurlijk akkoord 'Toekomst GGZ 2013-2014'. Omdat afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Samen Sterk Tegen Stigma en GGZ Nederland.
De kosten van de add-ons voor oncolytica en dbc expertproducten) worden voor 100 procent toegedeeld aan het cluster 'vaste zorgkosten' (zesde lid).

Het Zorginstituut past op het deelbedrag ‘vaste zorgkosten’ 100 procent nacalculatie toe (zevende lid). Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico over kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’. Deze kosten zijn niet of nauwelijks beïnvloedbaar voor een zorgverzekeraar. De basis voor deze nacalculatie is te vinden in artikel 3.15, tweede lid, van het Bzv.

Artikel 16

In dit artikel is bepaald dat er sprake is van aanvullende nacalculatie op grond van een bandbreedteregeling. Deze geldt in 2015 voor de geneeskundige GGZ en voor Verpleging en Verzorging. Achtergrond hiervan is de onzekerheid die bestaat bij de normering van de betreffende macro-deelbedragen.
De bandbreedte bestaat uit de in dit artikel aangegeven bedragen boven en onder een middelpunt dat in artikel 3.17 van het Bzv wordt aangeduid als ’het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars’ voor de desbetreffende cluster van prestaties.

Voor de kosten van geneeskundige GGZ geldt, een bandbreedte van plus of minus € 15 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 90 procent nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot doelmatigheid en kostenbeheersing te handhaven.

Voor V&V geldt een bandbreedte van plus of minus € 5 en een nacalculatiepercentage van 95% buiten deze bandbreedte.

Artikel 17

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningswijze die hiervoor wordt gehanteerd, komt overeen met die genoemd in artikel 8 respectievelijk artikel 9. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald bij de zorgverzekeraar, respectievelijk waarvoor het verplicht eigen risico geldt. De berekende opbrengst van de nominale premie en het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het in artikel 3.18 van het Bzv bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 18

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan achttien jaar naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie en zorginkoop), waarvoor ze uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2015 op € 45 per verzekerde jonger dan achttien jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten, waarbij is verdisconteerd dat verzekerden jonger dan 18 jaar gemiddeld lagere beheerskosten kennen dan andere verzekerden, omdat voor hen gemiddeld minder declaraties verwerkt hoeven worden. Jonge verzekerden zijn immers gemiddeld gezonder dan oudere verzekerden.

Artikel 19

In de beleidsregels van het Zorginstituut is opgenomen op welke data de uitbetaling van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars plaatsvindt. Er wordt rekening gehouden met het betaalschema van zorgverzekeraars om er voor te zorgen dat hun uitgaven en inkomsten zoveel mogelijk op elkaar aansluiten.

Artikel 20

Dit artikel wijzigt in de Regeling risicoverevening 2013 het bedrag van de lage drempel van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde van € 550 in € 400.

Artikel 21

Dit artikel wijzigt de Regeling risicoverevening 2014. Er wordt voor een nadere toelichting verwezen naar de inleiding van het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel 22

De voorliggende regeling treedt niet eerder dan met ingang van 1 januari 2015 in werking. Deze regeling werkt met uitzondering van de artikelen 20 en 21 terug tot en met 30 september 2014. Deze terugwerkende kracht hangt samen met het feit dat op basis van artikel 32, vierde lid, aanhef en onderdeel a, van de Zvw, voor 1 oktober 2014, bij ministeriële regeling wordt bepaald welk bedrag in

totaal aan vereveningsbijdragen over 2015, kan worden toegekend. Artikel 20 dat wijzigingen van de Regeling risicoverevening 2013 bevat en artikel 21 dat wijzigingen van de Regeling risicoverevening 2014 bevat, werken terug tot en met 30 september 2012 respectievelijk tot en met 30 september 2013.

Artikel 23

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het jaar 2015, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2015' (af te korten als Rrv 2015).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers